**RECURSO CONTRA A DECISÃO DA COMISSÃO DE HETEROIDENTIFICAÇÃO REFERENTE AO PROCESSO SELETIVO 2020.1 PARA OS CURSOS PRESENCIAIS DO IFMG**

| | | |
|---|---|---|
| CAMPUS: | CURSO: | |
| NOME COMPLETO DO CANDIDATO: | | Nº DE INSCRIÇÃO: |
| IDENTIDADE: | CPF: | |
| NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL LEGAL (PARA MENORES DE 18 ANOS) | | |

Solicito, por meio deste recurso, revisão da avaliação de heteroidentificação e reconsideração da decisão com base nas justificativas apresentadas abaixo:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____,___/___/___
Cidade Data

_____
Assinatura do Candidato

_____
Assinatura do Responsável Legal (Para candidatos Menores de 18 anos)